

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO



PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN LA POBLACIÓN ADULTA DE CHICLAYO DURANTE EL AÑO 2011

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
MÉDICO CIRUJANO**

AUTORES:

Bach. Gonzales Gamarra, Raiza Gabriela

Bach. Ruiz Sánchez, Jorge Gabriel

Chiclayo, enero de 2013

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO



PREVALENCIA DEL SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN LA POBLACIÓN ADULTA DE CHICLAYO DURANTE EL AÑO 2011

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
MÉDICO CIRUJANO**

AUTORES:

Bach. Gonzales Gamarra, Raiza Gabriela

Bach. Ruiz Sánchez, Jorge Gabriel

Chiclayo, enero de 2013

PREVALENCIA DEL SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN LA POBLACION ADULTA DEL DISTRITO
DE CHICLAYO DURANTE EL AÑO 2011

POR: Bachiller en Medicina Humana Ruiz Sánchez Jorge Gabriel

Bachiller en Medicina Humana Gonzales Gamarra Raiza Gabriela

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, para
optar el título profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

APROBADO POR:

Dr(a).
Presidente de Jurado

Dr(a).
Secretaria(o) de Jurado

Dr(a).
Vocal/Asesor(a) de Jurado

CHICLAYO, enero de 2013

DEDICATORIA

A nuestros padres, por habernos enseñado
que con esfuerzo y perseverancia
cualquier meta puede cumplirse
y por apoyarnos incondicionalmente
durante estos primeros 7 años
de carrera profesional.

AGRADECIMIENTOS

A nuestros profesores, amigos y guías,
que colaboraron en nuestra formación profesional
y han sido parte de nuestro crecimiento personal y profesional.

INDICE

	Pág.
Resumen y abstract.....	8 - 9
I. Introducción.....	10
II. Marco teórico conceptual.....	11
1. Antecedentes del problema.....	11
2. Bases teórico – científicas.....	14
III. Materiales y métodos.....	16
IV. Resultados.....	19
V. Discusión.....	20
VI. Conclusiones.....	25
VII. Referencias bibliográficas.....	26
VIII. Anexos.....	30
1. Instrumentos de recolección de datos.....	30
2. Consentimiento informado.....	31
3. Lista de tablas.....	33

RESUMEN

El Síndrome de Intestino irritable (SII) es una entidad cuya prevalencia varía según el método utilizado para diagnosticarlo. **Objetivo:** determinar la prevalencia del SII en Chiclayo-Perú durante el año 2011. **Materiales y métodos:** población diana: personas entre 18 y 60 años; diseño de estudio: descriptivo transversal. Tamaño muestral: 195 personas, muestreo aleatorio, estratificado multietápico. Se entrevistó casa a casa usando una ficha de recolección de datos basada en los Criterios de Roma III. Se utilizó estadística descriptiva y análisis bivariado para medir asociación entre SII y variables epidemiológicas. **Resultados:** 200 personas fueron entrevistadas, 76 varones (38%) y 124 mujeres (62%). La media de edad fue 38,8 años \pm 12,7. La prevalencia de SII fue de 15%; siendo la localización del dolor más frecuente el mesogastrio (26,7%); predominando las heces “pastosas” (30%) y la “diarrea” (36,7%). 20 personas con SII (66,7%) trabajaban y/o estudiaban. No hubo asociación entre SII y sexo femenino ni “ocupación” (Odds de prevalencia: 1,51; IC95%: 0,31-3,99 y 1,23; IC95%: 0,51-3,15 respectivamente). **Conclusiones:** la prevalencia de SII en Chiclayo es elevada, más frecuente en mujeres y quienes laboran o estudian; la diarrea, la consistencia pastosa de las heces y el dolor mesogástrico fueron las manifestaciones clínicas más frecuentes.

Palabras clave: Síndrome de Intestino Irritable, diarrea, prevalencia.

Fuente: DECS BIREME

ABSTRACT

Irritable Bowel Syndrome (IBS) is a condition whose prevalence varies according to the method used to diagnose. **Objective:** To determine the prevalence of Intestinal bowel Syndrome (IBS) on Chiclayo - Peru during 2011. **Material and methods:** target population: people aged 18 to 60 years. Study Design: Cross-sectional. Sample size: 195 persons, multistage stratified random sampling. House to house were interviewed using a data collection sheet based on Rome III criteria. Descriptive statistics were used and then exploratory bivariate analysis to measure association between IBS and epidemiological variables. **Results:** 200 people were interviewed, mean age was 12.7 ± 38.8 years. There were 76 males (38%) and 124 women (62%), the prevalence of IBS was 15% (9 men and 21 women); the most painful abdominal area was: mesogastrium (26.7%), predominatin "pasty" stools (30%) and "diarrhea" (36.7%), 20 people with IBS (66.7%) worked and/or studied. There was neither association between IBS and sex nor the "occupation" (prevalence odds: 1.51 95% CI: 0.31 - 3.99 and 1.23, 95 %: CI: 0.51 to 3.15, respectively). **Conclusions:** IBS prevalence on Chiclayo is high, more common in women and those who work or study; diarrhea, pasty feces and mesogastric pain were the most frequent clinical manifestations.

Key words: Irritable Bowel Syndrome, diarrhea, prevalence

Source: DECS BIREME

I. INTRODUCCION

Las enfermedades funcionales son un tipo de entidades recientemente reconocidas y aceptadas en la medicina cuya etiología hasta la actualidad no es bien conocida. Suelen estar relacionadas con trastornos psicológicos estresantes; los cuales se cree que pueden ser los desencadenantes de las mismas. Dentro de las más comunes están los trastornos funcionales digestivos (TFD), siendo uno de los más frecuentes el Síndrome de Intestino irritable (SII).

El Síndrome de Intestino Irritable, así como otras enfermedades funcionales del sistema digestivo, es una patología frecuente a nivel mundial, que, sin embargo, muchas veces pasa desapercibida debido a que no se conoce bien sobre ella, y su diagnóstico es un tanto difícil ya que no existen pruebas específicas para ello, sino que se limita a la aplicación de criterios clínicos.

La prevalencia de esta enfermedad ha variado a lo largo del tiempo, debido en gran parte a la diversidad de criterios diagnósticos propuestos, utilizándose actualmente los criterios de Roma III. Es por ello, que pese a la importancia de esta enfermedad y a su gran distribución a nivel mundial, no existen estudios en nuestro distrito que establezcan el número de personas afectadas por esta patología.

El objetivo principal de este trabajo fue determinar la prevalencia del SII en la población adulta del distrito de Chiclayo durante el año 2011.

II. MARCO TEORICO - CONCEPTUAL

1. Antecedentes del problema:

En el año 2009, se realizó un estudio en Irán con el objetivo de determinar la población afectada por el Síndrome de Intestino Irritable y a la vez, validar un cuestionario diagnóstico para esta enfermedad basado en los criterios de Roma III en lenguaje persa. El estudio se realizó en personas de edad igual o mayor a dieciséis años, hallándose que el Síndrome de Intestino Irritable, es un desorden que afecta al 5%-20% de la población; sin embargo, la cifra puede ser mayor debido a la ausencia de pruebas tanto clínicas como paraclínicas para el diagnóstico adecuado de este tipo de enfermedades.⁽¹⁾

En el 2009 en un estudio de Lee SY y colaboradores, publicado en la revista “Digestion” sobre prevalencia y factores de riesgo de superposición entre enfermedad de reflujo gastroesofágico, dispepsia y síndrome de intestino irritable, realizado en Corea en una población de 1443, la prevalencia de intestino irritable fue de 9,5%, diagnosticados con los criterios de ROMA II modificados.⁽²⁾

En China, en el año 2007, en una revisión realizada sobre el tema, se hace referencia a que el Síndrome de Intestino Irritable afecta al 8%-22% de la población en los países de Occidente y su prevalencia en la mayoría de comunidades asiáticas es 5%-10%. Este síndrome es un desorden gastrointestinal común caracterizado por dolor abdominal y discomfort recurrente asociado con alteraciones en la movilidad intestinal, que aunque no es una enfermedad que amenace la vida, los pacientes que lo padecen tienen una calidad de

vida alterada debido a la naturaleza crónica de la enfermedad y a su recurrencia. También tiene un impacto socioeconómico significativo. ⁽³⁾

En el año 2005, en un estudio realizado en Estados Unidos por A. Hunging y colaboradores, se buscó determinar la prevalencia, síntomas y otros aspectos del Síndrome de Intestino Irritable, obteniéndose como resultados que, la prevalencia total de la enfermedad hallada en la población en estudio (5009 personas) fue de 14.1%, siendo el síntoma más común el dolor/discomfort abdominal. La mayoría reportó sufrir de constipación y diarrea alternante. Además se pudo determinar que la mayoría de personas que padecen de Síndrome de Intestino Irritable (76.6%) permanecen no diagnosticados, debido a que usualmente se usa el criterio profesional para su diagnóstico. Los grupos étnicos blanco a los que se aplicó el estudio fueron 18-34, 35-54 y más de 55 años. ⁽⁴⁾

En el año 2005, Andrews E y colaboradores, en un estudio realizado en Estados Unidos en una población de 31829, encontraron que el Síndrome de Intestino Irritable es el diagnóstico más común hecho por gastroenterólogos, realizado fundamentalmente después de la exclusión de enfermedades de causa orgánica. Se reconoce que la prevalencia estimada para desórdenes funcionales gastrointestinales es muy sensible a las definiciones diagnósticos usados, no tanto como a los hallazgos patognomónicas laborales, endoscópicos o radiográficos usados. Como el criterio diagnóstico para SII ha evolucionado desde los Criterios de Manning hasta los Criterios de Roma III, las prevalencias de SII reportadas varían. ⁽⁵⁾

Estopà J. y colaboradores, en un artículo de revisión publicado en la Revista de la Sociedad Española de médicos generales y de familia, en el año 2004; se menciona que el SII presenta una elevada prevalencia en el mundo occidental: en España, entre el 2,3 y el 12,1% de los sujetos adultos refiere síntomas compatibles con este diagnóstico; destacando una mayor prevalencia en sujetos jóvenes entre 20 y 40 años y en el sexo femenino, en una proporción de 2/1 respecto al masculino. El 9,5% de los motivos de consulta en atenciones primarias de salud se debe a problemas gastroenterológicos; de ellos el Síndrome de intestino irritable supuso el 29,8%, lo que representa un 3% del total. ⁽⁶⁾

En el año 2002, Curioso y colaboradores realizaron un estudio en Perú en una comunidad selvática, con la finalidad de hallar la prevalencia de dispepsia y síndrome de intestino irritable; donde se tomó una muestra de 231 personas escogidas al azar, considerada representativa de la población general de esa ciudad, mediante la modalidad "casa por casa", a las cuales se les aplicaron dos encuestas (Test de dipepsia y Test de Manning) validadas previamente durante los meses de enero a marzo de 1999, obteniéndose como resultados que la prevalencia de la dispepsia fue de 37.6% y de Síndrome Intestino irritable de 22 %. ⁽⁷⁾

José Klinger R y Jaime Klinger R, realizaron un estudio en Chile en el año 2001, estableciendo que por lo menos 25% de la población puede tener síntomas de SII, siendo éste más prevalente en la mujer, en proporción de 2:1 y su prevalencia mayor en el grupo socio-económico más bajo. La sintomatología disminuye con la edad, pero es frecuente en los mayores y se ha sub valorado la iniciación del SII en pacientes de edad avanzada.

Además hace referencia a que es el diagnóstico más frecuente en la consulta gastroenterológica, y la cuarta causa más frecuente de diagnóstico de patología digestiva en la práctica general. También remarca, que esta entidad supone consecuencias desfavorables importantes en la vida del paciente, como: pérdida del trabajo, pérdida de días de trabajo, dificultad para trabajar por molestias y urgencia defecatoria y necesidad de consulta frecuente. ⁽⁸⁾

2. Bases teórico-científicas

Los trastornos funcionales digestivos (TFD) suponen una parte muy importante de la patología gastroenterológica. Más de la mitad de los pacientes que acuden a las consultas de aparato digestivo lo hacen por este motivo, y constituyen aproximadamente el 5% de los que se visitan en atención primaria. ⁽⁹⁾

Formando parte de este conjunto de enfermedades, se encuentra el Síndrome de Intestino Irritable. El síndrome de Intestino Irritable es un problema gastrointestinal crónico recurrente, caracterizado por dolor abdominal, balonamiento y cambios en el hábito intestinal. La prevalencia precisa y su incidencia, varían dependiendo de los criterios usados para su diagnóstico, oscilando entre 10%-15% a nivel mundial. ^(10 – 12)

Esta enfermedad tiene un impacto impresionante en varios niveles, como lo ilustran las siguientes cifras: En gastroenterología, representa el 38% de las consultas y en medicina general el 12% de las mismas, por encima de la hipertensión arterial (10%), el asma (4%) y

la enfermedad coronaria (2%). Se estima que es la segunda causa de ausentismo laboral después del resfrío común.⁽¹³⁻¹⁵⁾

No se cuenta con una prueba específica para la realización del diagnóstico de esta enfermedad; sin embargo, un grupo de expertos han desarrollado los criterios de Roma III, utilizados para el diagnóstico del mismo. En estos criterios se evalúa dolor ó malestar abdominal recurrente por lo menos 3 días por mes en los últimos 3 meses asociado a 2 ó más de los siguientes:^(16,17)

- 1.- Mejoría con la defecación
- 2.- Inicio asociado con un cambio en la frecuencia de las deposiciones
- 3.- Inicio asociado con un cambio en la consistencia de las deposiciones

Estos criterios deben cumplirse en los últimos 3 meses con inicio de las molestias al menos 6 meses antes del diagnóstico.

III. MATERIALES Y METODOS

El estudio es de diseño descriptivo – transversal. La población objeto de estudio estuvo conformada por personas con edades desde 18 hasta 60 años, residentes en el Distrito de Chiclayo – Lambayeque – Perú. La población diana se calculó en base a los datos del censo del 2007 realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Información (INEI) ⁽¹⁸⁾ con una proyección para el año 2011 de 137 644 habitantes. El muestreo fue de tipo probabilístico, aleatorio, estratificado, multietápico.

El tamaño muestral se obtuvo mediante el programa Epidat versión 3,1; con una prevalencia de 14,9%, según los datos del estudio Uruguayo ⁽¹⁹⁾, un nivel de confianza de 95%, una precisión de 5 y un efecto de diseño de 1, obteniéndose un tamaño muestral de 195 personas.

Mediante el mapa catastral de Chiclayo del 2008, se dividió al distrito en diecinueve sectores, excluyéndose la zona del centro de la ciudad y los pueblos jóvenes. Se incluyeron para el muestreo a todos los sectores. La unidad de muestreo primaria fue la manzana dentro de cada sector y la secundaria fue la vivienda dentro de cada manzana; la unidad de análisis fue un habitante de cada vivienda, elegido aleatoriamente.

En caso de no poder realizarse la entrevista en la vivienda sorteada, se entrevistaba a la vivienda contigua situada a la derecha; si sucedía lo mismo, se continuaba hacia la vivienda situada a la izquierda de la casa inicial, y así sucesivamente.

Criterios de inclusión

1. Edad ≥ 18 y ≤ 60 años cumplidos
2. Portadores de Documento Nacional de Identidad (DNI)
3. Residir en el distrito de Chiclayo durante al menos 15 días del mes durante los últimos 6 meses.
4. Firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión

1. Haber sido sometido a cirugía abdominal mayor previa (resección intestinal, pancreática, hepática o biliar).
2. Antecedente de neoplasia intraabdominal previa, tratada o no
3. Poseer síntomas o signos digestivos de alarma

Se diseñó una ficha de recolección de datos con preguntas cerradas y diseñadas en forma de algoritmo diagnóstico, basada en los Criterios de Roma III, que constaba de dos partes: datos epidemiológicos y los criterios de ROMA III para SII (**anexo 1**). La ficha fue evaluada por un médico gastroenterólogo, un internista y un epidemiólogo. Las visitas domiciliarias fueron hechas por los dos investigadores en un tiempo aproximado de tres meses, quienes fueron previamente capacitados para la recolección de los datos.

Se utilizó estadística descriptiva para el análisis de variables numéricas y categóricas. Para determinar la prevalencia del SII, así como para describir la frecuencia del SII por sexo y ocupación, se usaron tablas de distribución de frecuencias en porcentajes. Para determinar la asociación entre las variables SII, sexo y ocupación, se calcularon Odds

de prevalencia, intervalos de confianza del 95%, y los valores de Chi cuadrado. Se consideró una significación estadística de 0,05. Se emplearon los programas SPSS versión 15,0 para el análisis estadístico.

Aspectos éticos

Se hizo entrega del Consentimiento informado a cada participante, que incluía una descripción breve del SII, el motivo del estudio, los aspectos de confidencialidad y libertad para dejar de participar si así lo deseara y la posibilidad de atención médica gratuita por un internista en la Clínica de la Universidad, en caso el participante tuviese SII (**anexo 2**). El estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

IV. RESULTADOS

Se visitaron 230 viviendas, lográndose entrevistar a 200 de ellas, con una tasa de rechazo de 13,05%. De los participantes, 76 fueron varones (38%) y 124 fueron mujeres (62%), con una razón de hombres sobre mujeres de 0,61. La media para la edad fue de 38,8 años \pm 12,7. La media para la edad por sexos fue 38,8 años en varones y 42,8 años para mujeres. Se encontró que 125 participantes trabajaban y/o estudiaban (62,5%) y 75 no trabajaban ni estudiaban (37,5%).

En el estudio se encontró que de las 200 personas entrevistadas, 30 tenían SII, constituyendo una prevalencia de 15%, con una proporción de varones/mujeres de 1/2,3. La distribución de frecuencias del SII por sexo y ocupación se describe en la **tabla 1**.

Las características clínicas de localización del dolor abdominal, el hábito defecatorio y la consistencia de las heces en los pacientes con SII se describen en la **tabla 2**.

En una exploración inicial no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la presencia de Síndrome de Intestino Irritable en relación al sexo de la persona encuestada y la ocupación, tal como se puede observar en la **tabla 3**.

V. DISCUSION

Al momento de seleccionar el estudio que contendría la prevalencia que serviría como referencia para el cálculo de la muestra de esta investigación, se tuvo en cuenta dos factores: que el estudio haya sido realizado en una población con características similares a la nuestra, y que los criterios diagnósticos de SII sean los más actuales y similares a los de Roma III. Por ello, pese a existir un estudio peruano realizado por Curioso *et al.*, en el que se utilizaron los criterios de Manning ⁽⁷⁾ en una población selvática, se decidió usar la referencia uruguaya de Iade *et al.*⁽¹⁹⁾, estudio hecho en población urbana y en el que se utilizó los criterios de Roma II, que son los más cercanos a los utilizados en esta investigación (Roma III).

La prevalencia de SII de 15% hallada en el presente estudio, difiere de la encontrada por Curioso *et al* en una comunidad selvática peruana (22%) ⁽⁷⁾, que se tenía como única referencia nacional. Esta diferencia de 7%, podría deberse a las distintas características socio-demográficas y culturales de la población en estudio: el presente estudio fue realizado en una población urbana de clase media y media-alta, mientras que el otro, en una comunidad selvática urbano marginal, de clase media y media baja con un porcentaje medio de necesidades básicas insatisfechas⁽⁷⁾. Además, en el estudio de Curioso se utilizaron los criterios de Manning para el diagnóstico de SII ⁽⁷⁾, mientras que en este estudio se aplicaron los criterios de Roma III, creados en 1978 y 2006 respectivamente. Los criterios de Maning poseen una sensibilidad de 78% y especificidad de 72%, ⁽²⁰⁾ y un valor predictivo positivo de 65% a 75%⁽²¹⁾; mientras que los criterios de Roma III han mostrado tener una sensibilidad de 70,7%, una especificidad de 87,8%, y un valor predictivo positivo

cercano al 100%⁽²²⁾, lo cual los coloca actualmente como los criterios de elección para el diagnóstico del SII.

Pese a las diferencias mencionadas con el estudio nacional, si la prevalencia obtenida se compara con la encontrada en otros estudios latinoamericanos como el de Iade *et al*, donde se encontró una prevalencia de 14,9%⁽¹⁹⁾ y el de Valerio *et al*, en el cual se halló una prevalencia de 16,9%⁽²³⁾, ambos con los Criterios de Roma II, observamos que los hallazgos son similares.

Cabe mencionar, que las estimaciones de prevalencia a nivel mundial varían desde 5% hasta 20%⁽²⁴⁾, similar a lo observado en Latinoamérica, en donde se han realizado estudios basados en la comunidad, encontrándose que la prevalencia de SII en Brasil, Colombia, México y Uruguay oscila entre el 9 y el 18%⁽²⁵⁾, estando la prevalencia hallada en este estudio dentro de este rango.

En el presente trabajo se encontró que la enfermedad es más frecuente en mujeres que en varones, como es de esperarse, ya que en otros estudios, tanto latinoamericanos como a nivel mundial se encuentran resultados semejantes.^(21, 23-26), también se encuentra similitud en cuanto a la proporción de hombres/mujeres (1/2,3) con SII con la de otros estudios^(14, 24). No obstante, los datos de nuestro estudio podrían verse influenciados por la mayor proporción de mujeres en el tamaño muestral, ya que la razón hombre/mujer en el distrito de Chiclayo para el año 2011 es de 0,88.⁽¹⁸⁾

También se encontró que el SII tiene mayor frecuencia en las personas con carga estudiantil y/o laboral (66,7%), hecho que posiblemente se relacione con una de las teorías etiopatogénicas del SII, en la cual se propone al estrés (más común en personas laboralmente activas y estudiantes) como uno de los factores desencadenantes para la enfermedad. ^(6, 20, 25, 26,) Sin embargo, dado que este trabajo es de tipo descriptivo, se limita únicamente a mostrar estos hallazgos, y a sugerir futuros estudios de mayor complejidad.

Algo paradójico en el estudio, relacionado con lo anteriormente descrito, es la ausencia de asociación entre las variables sexo y ocupación con el desarrollo de SII. Estos resultados podrían deberse a que la muestra no fue calculada para buscar asociación.

En una serie de casos en Chiclayo, León-Jiménez F y Cubas-Benavides F encontraron que la localización más frecuente del dolor fue la región pélvica (14,3%) ⁽²⁷⁾, lo cual concuerda con lo descrito en diversa literatura como en el consenso latinoamericano sobre el SII ⁽²⁵⁾. Estos datos difieren de lo hallado en nuestro estudio, que muestra que el dolor se presenta en el mesogastrio en primer lugar (26,7%), seguido de la región epigástrica (23,3%).

Los resultados referentes al tipo de hábito defecatorio predominante (diarrea 36,7%), difieren a los presentados en el consenso latinoamericano sobre SII, que muestra que predomina el estreñimiento en el 47% de los casos ⁽²⁵⁾, como se corrobora también en el estudio local realizado por León-Jiménez F y Cubas-Benavides F ⁽²⁷⁾. Esta contradicción, se puede explicar por la existencia de un posible sesgo, ya que, al momento de realizar la pregunta relacionada a esta variable clínica durante la entrevista, muchos de los

participantes no se habían percatado de este síntoma, sin embargo, respondieron positivamente a la opción “diarrea”. Esto podría deberse a que, como lo mencionan Parrota y Audiso, la diarrea se manifiesta clínicamente como un cambio brusco en el hábito defecatorio y por lo tanto puede ser más fácil de relacionar con antecedentes emocionales y de otro tipo, lo que predispone a que se recuerde con mayor facilidad.⁽²⁸⁾

Los posibles sesgos encontrados en este estudio fueron, en primer lugar el haber entrevistado mayormente a personas de sexo femenino, hecho posiblemente atribuido a que en nuestra sociedad es aún prevalente que el varón labore fuera de casa, y la mujer en el hogar. Esto se trató de evitar, escogiendo días libres de labor como los fines de semana para acudir hacia las viviendas a realizar la entrevista. Otro sesgo importante puede ser el de recuerdo.

Las fortalezas de éste estudio son: el tipo de muestreo utilizado (estratificado, multietápico) que tiene de por sí un efecto de diseño con pocos efectos sobre la varianza muestral y por otro lado, el hecho de ser el primer estudio de los encontrados a nivel nacional que utiliza los criterios diagnósticos de ROMA III, de los cuales ya se ha argumentado su importancia.

Un punto importante a resaltar es que el SII es una enfermedad cuyo diagnóstico es netamente clínico, y que la presencia de otras comorbilidades gastrointestinales no invalida su diagnóstico. Sin embargo, debe tenerse en cuenta la exclusión de los denominados “síntomas y signos de alarma” digestivos: sangrado digestivo, síntomas nocturnos, pérdida de peso inexplicable, anemia ferropénica, inicio después de los 50 años de edad, historia

familiar de cáncer colorrectal, enfermedad inflamatoria intestinal o de enfermedad celiaca; los cuales ameritan un abordaje diagnóstico complementario para descartar organicidad.^{(20,}

21)

Con este estudio, existirían dos investigaciones sobre prevalencia de SII a nivel nacional, realizadas en poblaciones diferentes, lo cual resulta beneficioso, ya que servirá como referencia para futuras investigaciones para el análisis de otras variables y a mayor profundidad.

VI. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de SII en la población adulta entre 18 y 60 años del distrito de Chiclayo, durante el periodo Julio 2010 – Julio 2011 es de 15%.
2. Existe una mayor frecuencia de mujeres en comparación con varones que sufren SII, siendo las proporciones 70% y 30% respectivamente.
3. Es más frecuente que las personas que sufren de SII desempeñen alguna ocupación laboral y/o estudiantil, siendo la frecuencia de 66.7%.
4. El dolor en los pacientes que sufren de SII, se ubica más frecuentemente en el mesogastrio en el 26.7% del total de casos.
5. El hábito defecatorio que predomina en los pacientes con SII es la diarrea, con una proporción de 36.7% del total de casos.
6. No existe asociación estadísticamente significativa entre el sexo y la presencia de SII, o de la ocupación y la presencia de SII.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Khoshkrood-Mansoori B, Amin M, Safaee A, Moghimi-Dehkordi B, Sedigh-Tonekaboni B, Pourhoseingholi A, Habibi M, Reza M. Irritable Bowel Syndrome: a Population Based Study. Journal Gastrointestin Liver Disease [Revista en Internet] Irán. Diciembre; 2009.
2. Lee S, Lee k, Kim S. Cho S. Prevalence and risk factors for overlaps between gastroesophageal reflux disease, dyspepsia, and irritable bowel syndrome: a population-based study. International journal of Gastroenterology DIGESTION. 2009; 79(3):196-201.
3. Yu Ying, Dai Ning. Controversies and limitations in irritable bowel syndrome studies. Chinese Medical Journal 2007; 120(2)3
4. Hungin A, Chang L, Locke G, Dennis H, Barghout V. Síndrome de Intestino Irritable en Estados Unidos: Prevalencia, Síntomas, Patrones e Impacto. Alimentary Pharmacology & Therapeutics [Revista en Internet] Marzo; 2005. 21(11) p 1365-1375.
5. Andrews E, et al. Prevalence and Demographics of Irritable Bowel Syndrome: Results from a Large Web-Based Survey. Alimentary Pharmacology & Therapeutics [Revista en Internet] 2005. 22(10).
6. Estopà J, Jorquera F, Santos Martín C, Veiga Fernández. Síndrome del Intestino Irritable. Artículo de revisión. Revista de la SEMG [Revista en Internet] Abril; 2004. (63): 226-235.
7. Curioso W; Donaires N, Bacilio C, Ganoza C, León R. Prevalencia y asociación de la dispepsia y el síndrome de intestino irritable en una comunidad de la Selva

- Peruana. Revista de Gastroenterología del Perú [Revista en Internet] Lima. Abril-junio; 2002. 22(2).
8. José Klinger R, Jaime Klinger R. Síndrome de intestino irritable. Rev. méd. Chile [Revista en Internet] 2001; 129(5).
 9. Fermín Mearin, Antonia Perelló, Agustín Balboa. Los nuevos criterios de Roma III para los trastornos funcionales digestivos
 10. Ehlin A, Montgomery S, Ekbom A, Pounder R, Wakefield A. Prevalence of gastrointestinal diseases in two British national birth cohorts. International Journal of Gastroenterology and Hepatology [Revista en internet] 2003 August; 52(8).
 11. Otero W. Gómez M. Síndrome de intestino irritable: Revisión concisa. Revista Peruana de Gastroenterología 2005; 25: 189-197.
 12. Mayer E. Irritable bowel syndrome. New England Journal of Medicine. 2008(358)
 13. Otero W. Gómez M. Síndrome de intestino irritable. Revista Colombiana del Gastroenterología. 2005; 20(4)
 14. Saito YA, Schoenfeld P, Locke GR. The epidemiology of irritable bowel syndrome in North America: A systematic review. Am J Gastroenterol 2002; 97(8): 1910-1915.
 15. Drossman D, Camilleri M, Mayer EA, et al AGA technical review on irritable bowel syndrome. Gastroenterology 2002; 123: 2108-2131.
 16. Zolezzi A. Las Enfermedades Funcionales Gastrointestinales y Roma III. Artículo de Revisión. Revista de Gastroenterología del Perú. [Revista en Internet] 2007. (27).
 17. Drossman D, Dumitrascu D. Rome III: New Standard for Functional Gastrointestinal Disorders. Journal Gastrointest and Liver Disease. 2006; 15(3)

18. Instituto Nacional de Estadística e Información (INEI). [sede web] Censo 2007 – Lambayeque. Perú
19. Iade B, Toma R. Frecuencia del síndrome de intestino irritable en una población de Montevideo. Arch. med. interna (Montevideo). 2003; 25(4): 91-96.
20. Brandt L, Chey W, Foxx-Orenstein A, Schiller L, Schoenfeld P, Spiegel B. et al. An Evidence-Based Systematic Review on the Management of Irritable Bowel Syndrome. Am J Gastroenterology. 2009; 104(Suppl 1): S1-S35
21. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el síndrome del intestino irritable. Manejo del paciente con síndrome del intestino irritable. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano, 2005. Síndrome de Intestino Irritable. Guía de Práctica Clínica. Barcelona; 2005.
22. Remes J, Bernal R. et al. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento en gastroenterología del síndrome de intestino irritable. Cuadro clínico y criterios diagnósticos. Rev Gastroenterol Mex, 2009. 74 (1): 58-62
23. Valerio J, Vásquez F, Jiménez A, Cortázar L, Azamar A, Duarte M, et al. Prevalencia del síndrome de intestino irritable en población abierta de la ciudad de Veracruz, México. Rev. Gastroenterol. Mex. 2010; 75(1): 36-41.
24. Abdo J. Síndrome de intestino irritable. Revista Mexicana de Algología.
25. Valenzuela J, Alvarado J, Cohen H, Damiao A, Francisconi C, Frugone L et al. Un consenso latinoamericano sobre el síndrome de intestino irritable. Gastroenterol Hepatol. 2004; 27(5): 325-343.
26. Mayer E. Irritable Bowel Syndrome. N Engl J Med. 2008; 358:1692-9.

27. León F, Cubas F. Características clínicas del síndrome de intestino irritable en pacientes de dos centros asistenciales. *Rev Soc Peru Med Interna*. 2009; 22 (3): 89-95.
28. Parrota M, Audisio J. Protocolo: Síndrome de Intestino Irritable. *Rev Asoc Coloproct del Sur*. 2006; 1(3):188-196.

VIII. ANEXOS

1. Instrumento de recolección de datos

Entrevistado N°: _____ Ficha N°: _____

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Sector n°: _____ Mz n°: _____ Vivienda (dirección): _____

Edad: _____ Sexo: _____ Grado de instrucción: _____

Ocupación: _____ Antecedente médico: _____

	SI	NO
1. A) ¿Sufre ud. de dolor de barriga o molestias abdominales con frecuencia?		
B) Cuando fue la primera vez que noto este tipo de dolores?, si no recuerda: ¿El dolor ha empezado hace más de 6 meses?		
C) ¿El dolor ha estado presente en los últimos tres meses?		
D) ¿Cuántos días al mes le duele la barriga? Ha estado presente por lo menos 3 días en un mes?		
2. ¿Las molestias disminuyen o desaparecen después de la defecación (“hacer el 2”)?		
3. Junto con el dolor, también ha notado si la cantidad de veces que necesita defecar (hacer el 2) ha aumentado o disminuido?: más de tres veces al día o menos de tres veces por semana		
4. Desde que está con el dolor ha notado que sus heces están más duras o más sueltas?		
DIAGNÓSTICO:		

DIAGNÓSTICO: haber respondido “SI” en las preguntas 1A, 1B, 1C, 1D y 2 obligatoriamente, más la 3 y/o 4.

- Localización del dolor (al preguntar, señalar con las manos la localización):
 - Mesogastrio ()
 - Fosa iliaca derecha ()
 - Fosa iliaca izquierda ()
 - Hipogastrio ()
 - Difuso (global) ()
- Hipocondrio derecho ()
- Hipocondrio izquierdo ()
- Epigastrio ()
- Flanco derecho ()
- Flanco izquierdo ()

- La gran mayoría de veces sus heces son de consistencia:
 - Líquidas – como agua ()
 - Pastosas – como puré ()
 - Consistentes - normales()
 - Duras – bolitas dolorosas ()
- Frecuencia (hábito) defecatoria
 - Aumentado (más de 3v/día) ()
 - Sin variación (normal) ()
 - Disminuido (menos 3v/sem) ()
 - Patrón Alternante ()

2. Consentimiento informado

Formulario de Consentimiento Informado dirigido a las personas residentes en el Distrito de Chiclayo que acceden participar en la investigación sobre Prevalencia del Síndrome de Intestino Irritable en la población adulta del Distrito de Chiclayo 2011

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo Escuela de Medicina

Nosotros, Raiza Gonzales y Jorge Ruiz, somos estudiantes de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo y estamos realizando un estudio sobre Prevalencia de la enfermedad de Síndrome de Intestino Irritable, la cual es muy común en diversas ciudades y países. Después de informarle, deseamos invitarle a participar en el proyecto. Antes de decidirse, puede hablar con alguien con quien se sienta cómodo sobre la investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda, en tal caso, solicite que le expliquemos para que pueda responder con veracidad.

Investigador Principal:

Raiza Gonzales
Estudiante de Medicina
USAT

Jorge Ruiz
Estudiante de Medicina
USAT

El Síndrome de Intestino Irritable es una enfermedad caracterizada por malestar abdominal, balonamiento y cambio en el hábito defecatorio. Con su ayuda, podremos determinar cuántas personas padecen este trastorno, y de esta manera será posible establecer algunas acciones y ayudarlas a mejorar. Así mismo, con los datos obtenidos se podrá diagnosticar si usted padece de este trastorno, que muchas veces pasa desapercibido. Se le orientará sobre la enfermedad y sobre las medidas que deberá tomar para controlarla.

Esta investigación ha sido aprobada por el Comité de Bioética y el Comité de Metodología de la Escuela de Medicina de la Universidad.

Esta investigación incluirá únicamente el llenado de 1 cuestionario muy sencillo. Usted ha sido seleccionado(a) por sorteo entre los habitantes del Distrito de Chiclayo para participar del mismo. Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria, anónima y gratuita. Además, en caso de tener la enfermedad (colon irritable) se le brindará atención médica gratuita por parte de especialistas en el Centro de Salud Integral de la USAT.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo. Son preguntas sencillas y de respuestas cortas.

La información que se recoja será confidencial, sólo los investigadores tendrán acceso a la misma y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Esta información servirá para saber cuántas personas tienen este problema en Chiclayo. Los resultados obtenidos al término de la investigación se publicarán en una revista científica nacional.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, o no apropiadas usted tiene el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Si desea realizar alguna pregunta más tarde, puede contactar con las siguientes personas:

Raiza Gonzales

Teléfono celular: 97 – 8942364, mail: raig24@hotmail.com

Jorge Ruiz

Teléfono celular: 97-9471670, mail: joruiz23@hotmail.com

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

Dirección: Av. Panamericana Norte # 855

Teléfono (Secretaría de la Escuela de Medicina): 606200

Dr. Franco León (Médico Internista)

Teléfono celular: 997834404, mail: fleon@usat.edu.pe

He leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Firma del participante: _____

Entrevistado n°: _____

Fecha:

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado
RG/JR

3. Lista de tablas

Tabla 1.

Tabla 1. Variables Epidemiológicas en las personas con Síndrome de Intestino Irritable según ROMA III			
		N	(%)
Sexo	Masculino	9	30
	Femenino	21	70
	Total	30	100
Ocupación	T/E*	20	66,7
	No T/E	10	33,3
	Total	30	100

*T/E: trabaja y/o estudia

Fuete: Prevalencia del Síndrome de Intestino Irritable en el distrito de Chiclayo durante el 2011

Tabla 2.

Tabla 2. Características clínicas de las personas con Síndrome de Intestino Irritable según criterios de ROMA III			
		N	(%)
Localización del dolor	Mesogastrio	8	26,7
	Epigastrio	7	23,3
	Dos o más regiones	4	13,3
	Flanco izquierdo	3	10
	Hipogastrio	3	10
	Difuso	3	10
	Flanco derecho	2	6,7
	Hipocondrios y fosas iliacas	0	0
Consistencia de las heces	Pastosas	9	30
	Normales	8	26,7
	Duras	8	26,7
	Líquidas	5	16,7
Hábito defecatorio	Diarrea ^a	11	36,7
	Estreñimiento ^b	9	30
	Sin variación	7	23,3
	Alternante ^c	3	10

^aDiarrea: 3 ó más deposiciones al día; ^bEstreñimiento: 2 ó menos deposiciones en una semana; ^cAlternante: episodios de diarrea y estreñimiento durante el tiempo de enfermedad

Fuente:: Prevalencia del Síndrome de Intestino Irritable en el distrito de Chiclayo durante el 2011

Tabla 3.

Tabla 3. Análisis bivariado en las personas con Síndrome de Intestino Irritable según criterios de ROMA III				
	^a OP	^b IC	^c X ²	^d p
Sexo femenino	1,51	0,31 – 3,99	0.959	0.328
Ocupación (T/E*)	1,23	0,51 – 3,15	0.261	0.609

*T/E: Trabaja y/o estudia; ^aOP: odds de prevalencia; ^bIC: intervalo de confianza; ^cX²: chi cuadrado; ^dp: significación

Fuente: Prevalencia del Síndrome de Intestino Irritable en el distrito de Chiclayo durante el 2011